

Calnan sprechen vom »re-skilling« der Patienten in der Gegenwart (1996: 263). Über diesbezügliche Schicht- und Milieudifferenzen liegen aber bisher kaum Studien vor (vgl. D'Houtaud/Field 1995).

Ich fasse zusammen: In Krankenkassen und Verbänden hinsichtlich der Gesundheitspolitik auch im Parlament ist eine Expertisierung zu beobachten. Doch medizinisches Experten- und Laienwissen sind nicht mehr streng voneinander geschieden, und manche Autoren sprechen gar von einer Expertisierung der medizinischen Laien.

Gesundheit als soziologischer Gegenstand

Die amerikanische Sozialpsychologin Wendy S. Rogers (1991: 208f.) hat unter medizinischen Laien acht Typen von Gesundheitsvorstellungen identifiziert. Es handelt sich um:

- »1. The ›body as machine‹ account, within which illness is regarded as naturally occurring [...], and modern bio-medicine is seen as the only valid source of effective treatment [...].
2. The ›body under siege‹ account, in which the individual is sent to be under threat and attack from germs and diseases, [...] and the ›stress‹ of modern life [...].
3. The ›inequality of access‹ account, [...] concerned about the unfair allocation of [...] benefits [...].
4. The ›cultural critique‹ account, based upon a [...] world-view of exploitation and oppression [...].
5. The ›health promotion‹ account, which [...] stresses the wisdom of adopting a ›healthy lifestyle‹ [...].
6. The ›robust individualism‹ account, which is more concerned with the individual's right to a ›satisfying life‹ [...].
7. The ›God's power‹ account, within which health is a product of ›right living‹ and God's care [...].
8. The ›willpower‹ account, which [...] stresses the moral responsibility of the individual to use their ›will‹ to maintain good health [...].«

Dem ließen sich gewiss weitere hinzufügen (vgl. Stollberg 1997: 211). Wie aber hält es die Soziologie mit der Gesundheit? Seit langem schon im Fokus der angelsächsischen Medizinsoziologie (vgl. z.B. Morgan et al. 1985: 37ff.; Nettleton 1995: 36ff.) wird ›Gesundheit‹ in Deutschland erst seit den

1980er Jahren thematisiert. Für die deutsche Diskussion, die stärker am professionellen Sektor orientiert ist, kann jedoch bis in die 1980er Jahre hinein gelten, was Luhmann, wie ich im Kapitel *Medizin als soziales System* dargestellt habe, über die Gesundheit als den negativen Wert, den Reflexionswert des Systems der Krankenbehandlung sagte: »Nur Krankheiten sind für den Arzt instruktiv. [...] Die Gesundheit gibt nichts zu tun, sie reflektiert allenfalls das, was fehlt, wenn jemand krank ist. Entsprechend gibt es viele Krankheiten und nur eine Gesundheit« (Luhmann 1990b: 186f.).

Diese Verhältnisse haben sich jedoch in den 1980er Jahren geändert. Gesundheit ist Gegenstand akademischer und professioneller Bemühungen auch in Deutschland geworden. »1987 beauftragte die Robert-Bosch-Stiftung eine Arbeitsgruppe mit der Erstellung einer ›Denkschrift‹ zur Errichtung von Schools of Public Health in der Bundesrepublik« (Schott/Kolip 1994: 203). Jedoch wurde diese Arbeit bald von der universitären Entwicklung überrollt. An mehreren Universitäten, insbesondere an der Technischen Universität Berlin, in Bielefeld, Düsseldorf, Hannover, Heidelberg und Ulm sowie an etlichen Fachhochschulen wurden entsprechende Initiativen gestartet. Deren Vertreter trafen sich 1989 am Rande der Jahrestagung der *Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention* in Berlin und verabschiedeten einen Konsens über Zielsetzungen, curriculare Ansätze, Studiendauer, Zugangsvoraussetzungen und Praxisfelder entsprechender Studien. Das *Bundesministerium für Forschung und Technologie* stellte Gelder für eine Anschubfinanzierung bereit. Seither haben sich an vielen weiteren deutschen Hochschulen Institute oder sogar Fakultäten für Gesundheitswissenschaften/Public Health etabliert. Vorbild waren 24 Institutionen in den USA. Deren *Association of Schools of Public Health* hatte fünf zentrale Wissensbereiche von Public Health benannt (nach Schott/Kolip 1994: 210):

- »biologische, physikalische und chemische Faktoren, die Einfluß auf die Gesundheit haben;
- theoretische und methodische Grundlagen von Sozial- und Verhaltenswissenschaften;
- Epidemiologie;
- Gesundheitsstatistik;
- Analyse, Planung und Verwaltung von Gesundheitsprogrammen.«

Es entsteht also aus interdisziplinären Verknüpfungen eine neue wissenschaftliche Disziplin, in die die Sozialwissenschaften theoretische und methodische Grundlagen vermitteln und in der Krankheits- und Gesundheitsstatistik, aber auch Gesundheitsförderung und Gesundheitssystemgestaltung ihren Platz haben. Diese neue Disziplin ist nicht kurativ, sondern präventiv, nicht auf Individuen, sondern auf Populationen hin orientiert. Die *Deutsche Gesellschaft für Public Health* formulierte die folgenden Aufgabenstellungen:

- »Erfassung einer gemeindebezogenen Gesundheitsberichterstattung zur Erfassung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung einer Region und einzelner Subgruppen sowie die Analyse der den Gesundheitszustand beeinflussenden Bedingungen und Faktoren
- Entwicklung und Institutionalisierung bedarfsgerechter und effizienter Systeme und Verfahren zur Gesundheitsförderung, Prävention, Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege
- Analyse der leistungsmengen-, kosten- und qualitätsbestimmenden Einflüsse und Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen
- Entwicklung von Maßnahmen zum Schutz der Bürger vor überflüssigen, mangelhaften und unwirksamen Leistungen und vor vermeidbaren Versorgungsrisiken
- Unterstützung von Prozessen zur Wahrnehmung der Menschenrechte im Gesundheitswesen, insbesondere des Rechtes auf selbstbestimmten Umgang mit Gesundheit und Krankheit« (Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Public Health 2001: 5).

Diese Sätze zeigen eine programmatische Mittelstellung der Gesundheitswissenschaften zwischen Bio-Macht im foucaultschen Sinne und Gegenmacht im Sinne von Conrad/Schneider, wie ich sie im Kapitel »Konstruktivistische Medizinsoziologie« skizziert habe.

Auf diese Verwissenschaftlichung von Gesundheit hat auch die soziologische Theorie reagiert. So sieht etwa Jost Bauch (1996: 78) zu der Frage Anlass, »ob Luhmann die Codierung des Gesundheits- oder Krankheitssystems nicht zu restriktiv am Paradigma der naturwissenschaftlichen Körpermedizin festgeschrieben hat«. Bauch identifiziert einen neuen Code: »Das Gesundheitssystem tut (mittlerweile) alles, um Lebensförderliches zu fördern und um Lebenshin-

derliches zurückzudrängen. In diese Codierung paßt die traditionelle Krankenbehandlung [...], in diese Codierung paßt aber auch die Installation von Lärmschutzwällen an der Autobahn, die als Maßnahme vorbeugender Gesundheitspolitik zu werten ist. Das Gesundheitswesen mahnt mit dieser Codierung zumindest Mitspracherecht für alle gesellschaftlichen Probleme – quer durch alle funktional ausdifferenzierten Systeme – an« (Bauch 1996: 80). Dies sei auch eine selbstreflexive Reaktion auf die ökologische Selbstgefährdung der Gesellschaft (ebd.: 87). Die Unterscheidung ›lebensförderlich‹/›lebenshinderlich‹ werde – und hier entfernt sich Bauch deutlich von Luhmann’schen Grundpositionen – zum »Leitcode« oder »Supercode« der Gesamtgesellschaft (ebd.: 85). Das »Gesundheitswesen« (d.h. nicht mehr: das medizinische System!) müsse sich »entautonomisieren«, müsse umweltoffener werden. »Nicht Abkopplung, sondern Hinwendung zur Lebenswelt des Patienten ist die Devise, medizinisches Wissen muß mit dem Alltagsverständnis diffundieren« (ebd.: 97). Bauch verläßt also die Luhmann’sche Position des Beobachters zweiter Ordnung und will in das Geschehen intervenieren. Luhmann würde derlei Bestreben vermutlich wie Foucault als Bio-Politik oder Extension der Bio-Macht, jedenfalls aber nicht als wissenschaftliche Beobachtung ansehen. Zur Analyse der Public-Health-Bestrebungen scheint mir jedoch Bauchs Ansatz bedenkenswert.²⁸

Globalisierung der Medizin

Globalisierung ist zum Modethema der Sozialwissenschaften geworden. Vor einem Jahrzehnt war es noch auf die »Entstehung weltweiter Finanzmärkte« begrenzt (Brockhaus 1986ff.: Bd. 8, 597). Ökonomische Phänomene stehen auch heute noch im Fokus des Alltagsverständnisses von Globalisierung; dazu kommt eine Vorstellung von weltweiter kultureller Hegemonie, wie sie mit Produkten wie Coca Cola oder Firmen wie McDonald’s verbunden ist (ähnliche Positionen in der Wissenschaft stellen Robins 1991 und Ritzer 1993 dar).

In den Sozialwissenschaften konkurrieren vier Analyseansätze zur Globalisierung (vgl. Beyer 1994; andere Akzente setzt Wobbe 2000). Der *erste* und älteste ist der von Immanuel Wallerstein; er sieht das moderne Weltsystem als